



Unione Europea  
ISTITUTO  
COMPRESIVO  
STATALE



**COSENZA I ZUMBINI**



SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA, SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO  
CON INDIRIZZO MUSICALE

Via R. Misasi Cosenza 87100  
Tel./fax 0984 21859

Cod. meccanografico CSIC89700C  
Cod. fiscale 98094140781  
Codice univoco per fattura elettronica UFUQUG

e-mail [csic89700c@istruzione.it](mailto:csic89700c@istruzione.it)  
PEC [csic89700c@pec.istruzione.it](mailto:csic89700c@pec.istruzione.it)

Ai Genitori  
Al Personale Docente e ATA  
Ai Responsabili di plesso  
Albo  
Sito Web  
Atti

**Oggetto: Somministrazione di farmaci in orario scolastico a.s. 2023-2024**

### IL DIRIGENTE

**VISTO** il protocollo d'intesa del Ministero della P.I. e Ministero della Salute del 25.11.2005;  
**CONSIDERATO** che la somministrazione di farmaci non richiede competenze specialistiche di natura sanitaria;  
**VISTO** il D.lgs. 196/2003 art. 13

### DISPONE

1. la richiesta di autorizzazione relativa alla somministrazione di farmaci in orario scolastico va sottoscritta da entrambi i genitori e va consegnata al Dirigente Scolastico;
2. deve essere presentata la certificazione medica attestante lo stato di malattia e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere;
3. i farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia;
4. nei casi gravi e urgenti, pur prestando il primo soccorso, è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale 118 (contestualmente informandone la famiglia);
5. di individuare (su richiesta scritta dei genitori) il luogo fisico idoneo per la conservazione dei farmaci;
6. di concedere, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso dei locali scolastici ai genitori o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
7. di verificare la disponibilità degli operatori scolastici in servizio (docenti o personale ATA formati in primo soccorso di cui al D.Lgs 81/2008) a garantire la continuità della somministrazione ove non già autorizzata ai genitori o loro delegati;
8. che il trattamento dei dati riguardante le attività di somministrazione dei farmaci agli alunni durante l'attività scolastica ed extra-scolastica avverrà nel rispetto dei principi di correttezza, lealtà, trasparenza e tutela della riservatezza;
9. che la gestione dei dati sarà effettuata con modalità manuale ed informatizzata e che detti dati potranno essere comunicati per finalità istituzionali all'ASL, all'Azienda Ospedaliera, all'Assessorato Regionale alla Sanità, o al Ministero della Salute

Si allegano alla presente n° 3 Modelli

Il Dirigente  
Dott.ssa Marietta Iusi

**Modello 1**

**Fac-simile - Certificato medico per la somministrazione di farmaci  
ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico.**

Il minore (Cognome).....(Nome).....

nato il.....residente.....

necessita della

somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....  
.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....  
.....

durata della terapia

.....

modalità di conservazione del farmaco

.....

Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi

.....  
.....  
.....

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno.

Data .....

Timbro e Firma del Medico

**Modello 2**

Al Dirigente Scolastico  
IC Cosenza 1 Zumbini  
Cosenza

**Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico  
da parte dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale**

Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

e Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

dell'alunno/a (Cognome) ..... ( Nome ) .....

nato/a il ..... a ..... e frequentante nell'anno scolastico 2023/24

l'Istituto Comprensivo 1 Zumbini classe .....sez. .... Scuola Primaria-Scuola Infanzia-  
Scuola Secondaria di Primo Grado (cancellare le voci che non interessano) Plesso \_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine AUTORIZZANO

- La somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando il personale della struttura da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante .....

Genitori .....

Altro Recapito.....

Data, .....

Firma.....

In fede

**Modello 3**

**Al Dirigente Scolastico**  
IC Cosenza 1 Zumbini  
Cosenza

**Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il/La sottoscritto/a docente/ collaboratore scolastico.....

presso l'Istituto Comprensivo 1 Zumbini – Cosenza – (Scuola Primaria – Scuola Infanzia – Scuola

Secondaria di Primo Grado (cancellare le voci che non interessano) Plesso \_\_\_\_\_

docente formato primo soccorso..... SI NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso.....SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a (cognome e nome).....

frequentante la classe ..... Sez. .... presso l'Istituto Comprensivo 1 Zumbini – Cosenza –

(Scuola Primaria – Scuola Infanzia – Scuola Secondaria di Primo Grado (cancellare le voci che non

interessano) Plesso \_\_\_\_\_

Dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_